

**Громадська організація
«Південна фундація медицини»**

ЗБІРНИК НАУКОВИХ РОБІТ

**УЧАСНИКІВ МІЖНАРОДНОЇ
НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ**

**«СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА АКТУАЛЬНІ
ПИТАННЯ ТЕОРЕТИЧНОЇ,
ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЇ
ТА ПРАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ»**

18-19 грудня 2015 р.

**Одеса
2015**

- С 91 «Сучасні погляди на актуальні питання теоретичної, експериментальної та практичної медицини»: Матеріали міжнародної науково-практичної конференції (м. Одеса, 18-19 грудня 2015 року). – Одеса: ГО «Південна фундація медицини», 2015. – 128 с.

У збірнику представлені матеріали міжнародної науково-практичної конференції «Сучасні погляди на актуальні питання теоретичної, експериментальної та практичної медицини» розглядаються загальні проблеми клінічної та профілактичної медицини, питання ветеринарної, фармацевтичної науки та інше.

Призначений для науковців, практиків, викладачів, аспірантів і студентів медичної, фармацевтичної та ветеринарної спеціальностей, а також для широкого кола читачів.

Організатори конференції не завжди поділяють думку учасників. У збірнику максимально точно відображається орфографія та пунктуація, запропонована учасниками.

ББК 5я43
УДК 61(063)

изучающих пенильный кровоток в возрастных группах. В настоящее время нормой считается PSV больше 30 см/с². В основной группе PSV в фазе туменесценции достигало значения 9–15 см/с², в фазе эрекции – 13–18 см/с², разница в скорости кровотока между правой и левой артерией была не более 12%.

Была обнаружена зависимость между степенью АГ и снижением пиковой систолической скорости кровотока в пенильных артериях у больных основной группы – достоверным количественным показателем оценки эректильной дисфункции. Однако, отсутствие четкие нормативов PSV в возрастных группах требует дальнейшего исследования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Rosen R.C., Sexual dysfunction as an obstacle to compliance with antihypertensive therapy. // Blood Press Suppl. – 2007. – Vol. 1. – P. 47–51.

2. Manolis A., Doumas M. Sexual dysfunction : the «prima ballerina» of hypertension-related quality-of-life complications // J. Hypertens. – 2008. – Vol. 26. – P. 2074–2084.

3. Domuas M., Douma S. Sexual dysfunction in essential hypertension : myth or reality? // J. Clin. Hypertens. – 2006. – Vol. – 8. – P. 269–274.

4. Ianni M., Callegari S., Rizzo A. et al Pro-inflammatory genetic profile and familiarit of acute myocardial infarction // Immun Ageing. – 2012. – Vol. 9. – P. 14.

5. Alberti L., Torlasco C., Laureta L. at al Erectile dysfunction in heart failure patients: a critical reappraisal // Andrology. – 2013. – Vol. 1. – P. 177–191.

6. Горпинченко И.И. Эректильная дисфункция : диагностика и современные методы лечения // Здоров'я України. – 2003. – № 63.

7. Сайгитов Р.Т., Глезер М.Г. Влияние артериальной гипертонии на сексуальное здоровье мужчин и качество их жизни. Результаты исследования БОЛЕРО // Кардиология // 2009. – № 9. – С. 44–50.

Березуцкий В. И.

кандидат медицинских наук, доцент

Кравченко О. И.

кандидат медицинских наук, ассистент

ГУ «Днепропетровская медицинская академия»

Министерство охраны здоровья Украины

г. Днепропетровск, Украина

ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НА ФОНЕ ОСТЕОХОНДРОЗА ПОЗВОНОЧНИКА

Вопрос о связи артериальной гипертонии (АГ) и остеохондроза позвоночника (ОХ) дискутируется в научной литературе на протяжении многих лет. Актуальность проблемы обусловлена значительной распространенностью этих заболеваний, частым их сочетанием, а также тенденцией их к «омоложению».

По данным одних авторов АГ сочетается с ОХ в 100% случаев, по данным других — в 27–30% [1, 2]. Вместе с тем ОХ позвоночника может быть как рентгенологической находкой, так и причиной неврологического вертеброгенного синдрома, что требует дифференцированного подхода к выявлению клинических особенностей заболевания при сочетании сосудистого и неврологического процесса [3; 4].

Вопрос о влиянии ОХ на течение АГ имеет продолжительную историю. Еще в 1951 Gutreit выделил «шейную форму» АГ, считая ОХ единственно возможным источником этой формы. И действительно, между шейным отделом позвоночника, сердцем, крупными сосудами существуют тесные нервные связи через симпатические образования пограничного ствола и сегментами спинного мозга на уровне С7–Т5. Кроме того, от звездчатого узла, принимающего участие в иннервации сердца, отходит позвоночный нерв, составляющий основу симпатического сплетения позвоночной артерии. Ветви этого сплетения иннервируют фиброзные кольца межпозвонковых дисков. Симпатическое сплетение позвоночной артерии оказывает влияние на ретикулярную формацию ствола мозга, всего лимбико-ретикулярного комплекса, а также опосредованно — на кору мозга. При патологии указанные нервные связи могут обуславливать различные кардиалгии, расстройства метаболизма и сократительной способности сердца, аритмии [5; 6].

Исходя из изложенных теоретических предпосылок, целью настоящего исследования было изучение зависимости функционального состояния сердечно-сосудистой системы у больных гипертонической болезнью на фоне ОХ позвоночника, а также — возможности коррекции у них нарушений гемодинамики. С этой целью был проведен скрининг больных гипертонической болезнью (ГБ) 1–2-й стадии (80 человек в возрасте от 28 до 56 лет). Диагноз эссенциальной АГ у всех больных был верифицирован на основании комплексного клинического, лабораторного и инструментального исследования, а также многолетнего динамического наблюдения. Скрининг включал рентгенологическое и мануальное исследование позвоночника, неврологическое исследование (диагностика нарушений чувствительности) и инструментальное исследование функционального состояния сердечно-сосудистой системы при пробах со статической нагрузкой на позвоночник. Последнее изучалось по данным реоплетизмографии при помощи отечественного поликардиографа «Полиграф-89». Анализировались: синхронная запись ЭКГ во 2-м стандартном отведении, тетраполярная грудная реограмма (ТГРГ — дифференцированная), реоэнцефалограмма (РЕГ — дифференцированная).

Пробы со статической нагрузкой на шейный и грудной отдел основаны на воздействии на звездчатые узлы, морфологически связанные с позвоночником. Доказано, что при проведении этих проб возникает временное изменение характера влияния вегетативной нервной системы на сердечно-сосудистую систему. Существует защищенный патентом РФ «Способ диагностики нарушений кровоснабжения в системе сонных и позвоночных артерий» [4].

В результате проведенного скрининга были выделены две группы исследуемых. В первую вошли больные без признаков остеохондроза: 15 человек (8 мужчин и 7 женщин) в возрасте от 28 до 32 лет. Во 2-ю группу вошли

65 больных с признаками остеохондроза шейного и грудного отдела позвоночника: 39 мужчин и 26 женщин в возрасте от 35 до 56 лет. Регистрация реополикардиограммы проводилась в покое и через 5 мин после пробы. Это связано с тем, что для углублений в изометрическом режиме характерно запаздывание вегетативных сдвигов, максимум которых приходится не на время статического усилия, а на первые минуты восстановительного периода.

Полученные результаты свидетельствовали о том, что у больных 1-й группы нагрузочные пробы были отрицательными (динамика данных реополикардиограммы отсутствовала). В то время как у подавляющего большинства больных с выявленным остеохондрозом шейного и грудного отдела позвоночника (58 из 65) отмечалась достоверная динамика показателей.

Динамика ЭКГ у всех 58 больных выражалась в замедлении внутрижелудочкового проведения (31%), нарушении фазы реполяризации – г.о. по данным 1-й производной (68%), появлении экстрасистолии – как наджелудочковой, так и желудочковой (16%).

Динамика данных РЭГ имела место у 90% больных и выражалась в появлении или усилении признаков затруднения венозного оттока (как правило, односторонне), в появлении или усугублении признаков дисбаланса тонуса артериальных сосудов разного калибра с выраженной асимметрией.

Динамика показателей ТГРГ наблюдалась у 58 из 65 больных (87%) 2-й группы и выражалась в появлении или усилении признаков нарушения гемодинамики. Больные 2-й группы, у которых отсутствовала статистически значимая динамика показателей ЭКГ, РЭГ и ТГРГ (7 человек) страдали ОХЗ с минимальными клиническими проявлениями, без расстройства чувствительности.

Исходные показатели ТГРГ не имели достоверных различий между больными 1-й и 2-й групп, тогда как после проведения пробы со статической нагрузкой на позвоночник у больных с ОХЗ имели место выраженные сдвиги гемодинамики. Систолическое АД повысилось в среднем на 14,5 мм рт. ст. ($p < 0,05$), диастолическое АД – на 17 мм рт. ст. ($p < 0,05$). ЧСС возросла в среднем на 18 уд/мин ($p < 0,05$). У больных АГ без ОХЗ изменения в гемодинамике после пробы были разнонаправленными, количественно незначительными и статистически недостоверными. Ударный объем (УО) у больных АГ с ОХЗ увеличился в среднем на 18 мл ($p < 0,05$), а сердечный индекс (СИ) снизился в среднем на 0,75 ($p < 0,05$). Удельное периферическое сопротивление сосудов (УПСС) повысилось в среднем на 11 у.е. ($p < 0,05$).

Наблюдались изменения в структуре сердечного цикла: длительность периода изгнания (ПИ) увеличилась с $0,30 \pm 0,01$ до $0,36 \pm 0,02$ сек, $p < 0,05$, а длительность диастолы сократилась с $0,42 \pm 0,02$ до $0,34 \pm 0,01$ сек, $p < 0,05$. Динамика других показателей диастолической функции сердца также была неблагоприятной: индекс жесткости левого желудочка (ИЖЛЖ) увеличился в среднем на 0,5 ($p < 0,05$), а конечное диастолическое давление в левом желудочке (КДД) возросло в среднем на 4 мм рт ст ($p < 0,05$).

Анализ динамики показателей после нагрузки свидетельствует о том, что у больных АГ на фоне ОХЗ повышение САД и ДАД обусловлено увеличением УО и УПСС соответственно. Наряду с этим наблюдаются неблагоприятные из-

менения в структуре сердечного цикла в виде нарушения диастолической функции сердца: сокращение диастолы, увеличение КДД и жесткости левого желудочка. В конечном итоге это приводит к снижению сократительной способности сердца (даже не смотря на увеличение сердечного выброса), о чем свидетельствует снижение сердечного индекса.

Разумеется, результаты этой пробы позволяют оценить лишь общую направленность неблагоприятных сдвигов в гемодинамике больных АГ под влиянием ОХЗ и не дают возможности раскрыть все патогенетические механизмы этой зависимости. Постоянные рефлекторные воздействия со стороны спинного мозга способствуют развитию и закреплению сдвигов в гемодинамике больных АГ, подобных выявленным в острой пробе с нагрузкой на позвоночник. Повседневная бытовая или профессиональная деятельность этих больных также может быть связана с нагрузками на соответствующие отделы позвоночника. Конечно, можно предположить изменение направленности гемодинамических сдвигов при длительном существовании патологических рефлекторных влияний: факты различного влияния кратковременной и длительной статической или динамической нагрузки известны. Поэтому с большой достоверностью оценить значимость влияния ОХЗ на течение АГ можно, лишь устранив или ослабив это влияние [5; 7]. С этой целью 30 больным 2-й группы была проведена корригирующая мануальная терапия (МТ). Курс МТ состоял из 10 сеансов и его результаты свидетельствовали о выраженном положительном эффекте у 26 человек.

Повторные пробы со статической нагрузкой на позвоночник и проспективное наблюдение в течение года показали значительное улучшение в течении АГ у этих больных. Чувствительность к нагрузочной пробе у всех 26 больных была незначительной (отсутствовала значимая динамика ЭКГ, РЭГ и ТГРГ), цифры САД снизились в среднем на 20 мм рт.ст., а ДАД – на 10. Гипертензивные кризы на протяжении года наблюдались только у 3 человек. Поддерживающие дозы гипотензивных препаратов были уменьшены почти вдвое у всех больных этой группы. В то же время у остальных 39 больных 2-й группы (35 человек, не получавших МТ и 4, у которых МТ не была эффективной) динамики в течении ГБ (по сравнению с предыдущим годом) на протяжении срока наблюдения не отмечалось.

Итак, вышеизложенные факты позволяют сделать следующие выводы:

1. Остеохондроз шейного и грудного отдела позвоночника оказывает выраженное неблагоприятное влияние на течение АГ.
2. Оценка динамики данных дифференцированной ЭКГ, РЭГ и ТГРГ при пробе со статической нагрузкой на позвоночник позволяет определить вертеброгенную зависимость АГ.
3. Мануальная терапия является эффективным средством коррекции вертеброгенной зависимости АГ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Иванова С.В. Артериальная гипертония у больных с сопутствующей патологией шейного отдела позвоночника Автореф. дис. на соискание ученой степени канд. мед. наук Москва – 2007.

2. Иванова С.В., Савенков М.П. Артериальная гипертензия при патологии шейного отдела позвоночника // Российский кардиологический журнал, Внеочередной выпуск, Москва, 2006, С. 65–69.

3. Козелкин В.А., Козелкина С.А. Современные аспекты диагностики и лечения вертеброгенных болевых синдромов // Международный неврологический журнал. – 2006. – № 1 (5).

4. Способ диагностики нарушений кровоснабжения в системе сонных и позвоночных артерий Савенков М.П., Иванова С.В., Иванов С.Н., Савенкова М.С. патент РФ № 2392843. М., 2010.

5. Тузлуков А.П. Роль шейного остеохондроза в клинике гипертонической болезни и особенности лечения гипертонической болезни при их сочетании. // Автореф. на соиск. уч. ст. канд. мед. наук. ВКНЦ. – М. – 1986.

6. Федин А.И., Какорин С.В. Мануальная терапия в лечении больных с артериальной гипертензией, перенесших краниоцервикальную травму. // Кардиология. – 1994. – № 3. – С. 30–32.

7. Хомовський В.В. Вертеброгенні предиктори артеріальної гіпертензії, диференційно-діагностичні критерії та особливості лікування // Автореф. дис. на здоб. наук. ступ. канд. мед. наук, Київ – 2007 – 23.

8. Юнонин И.Е., Хрусталеv О.А. Артериальная гипертония и шейный остеохондроз позвоночника : проблемы и решения // Российский кардиологический журнал № 4 (42) 2003. – С. 78–83.

Кучук О. П.

кандидат медичних наук, доцент

Пенішкевич Я. І.

доктор медичних наук

Кузьо О. О.

лікар-інтерн

*ВДНЗУ «Буковинський державний медичний університет»
м. Чернівці, Україна*

ДОСЛІДЖЕННЯ ПАТОГЕНЕЗУ ДИСФУНКЦІЇ ЕНДОТЕЛІЮ У ХВОРИХ НА ДІАБЕТИЧНУ РЕТИНОПАТІЮ

Цукровий діабет (ЦД) займає третє місце серед причин смерті після серцево-судинних і онкологічних захворювань. Сліпота при ЦД зустрічається у двадцять п'ять разів частіше, ніж у загальній популяції. Скринінг і рання діагностика діабетичної ретинопатії (ДР) дозволяють зберегти зір за даними ВООЗ в 70% випадків [7, с. 4].

Відомо, що в патогенезі розвитку ДР бере участь велика кількість факторів, але домінуюче значення надають мікроангіопатії, як початковій ланці розвитку ДР [6, с. 150].